

PRESCRIZIONI SCRITTE O RICETTE

1	Le ricette RNRT presenti in allevamento sono conformi al modello ministeriale		SI(1) NO(4)			
2	Gli animali a cui si rivolge la prescrizione sono identificati ai sensi della vigente normativa		SI(1) NO(4)			
3	La sezione della ricetta riservata al medico veterinario è compilata in ciascuna delle parti previste		SI(1) NO(4)			
4	Il numero di lotto delle confezioni è sempre presente e leggibile		SI(1) NO(4)			
5	La sezione della ricetta riservata al farmacista è compilata in ciascuna delle parti previste		SI(1) NO(4)			
6	La sezione della ricetta riservata all'allevatore è compilata in ciascuna delle parti previste		SI(1) NO(4)			
<u>SCORTA DI MEDICINALI VETERINARI</u>						
7	Presenza di scorta di medicinali veterinari		SI NO			
Se si :						
Autorizzazione n°.....rilasciata il..... Veterinario responsabile della scorta..... Veterinari delegati dal responsabile della scorta:						
Registro carico-scarico protocollo n°.....rilasciato il.....						
8	L'allevamento è autorizzato alla detenzione di scorte di medicinali veterinari		SI NO NA			
9	E' presente il registro carico-scarico scorte		SI NO NA			
10	Registro scorte-trattamenti unificato		SI NO NA			
11	Conformità del registro (numerazione e vidimazione servizio veterinario)		SI NO NA			
12	Fornitore/i di medicinali e mangimi medicati					
13	La formalizzazione della responsabilità della custodia e dell'utilizzo delle scorte di medicinali è mantenuta aggiornata		SI NO NA			
14	Sono rispettati i tempi di registrazione (entro 7 giorni lavorativi successivi alla variazione di carico/scarico da parte del veterinario)		SI si no NO NA			
15	I medicinali caricati sul registro sono facilmente collegabili alle ricette e alla documentazione fiscale		SI si no NO NA			
16	Tipologia di medicinali presenti nella scorta :	vaccini	Principio/i attivo/i			
			Quantità			
		antibiotici	Principio/i attivo/i			
			Quantità			
		anti-infiammatori non steroidei	Principio/i attivo/i			
			Quantità			
		antiparassitari	Principio/i attivo/i			
			Quantità			
cortisonici	Principio/i attivo/i					
	Quantità					
17	Adeguati sistemi per la conservazione a temperatura controllata		SI NO NA			
18	Sono rispettati i divieti di detenzione di medicinali veterinari contenenti antibatterici e chemioterapici da somministrare attraverso gli alimenti liquidi o solidi ad eccezione del quantitativo max consentito per un periodo max 7 giorni ?		SI NO NA			
19	Sistemi contro congelamento-surriscaldamento ambienti di stoccaggio		SI NO NA			
20	Bidoni per lo stoccaggio temporaneo dei farmaci scaduti e da smaltire		SI NO NA			

21	Presenza di farmaci scaduti non idoneamente identificati	SI NO NA	
22	Il numero di lotto delle confezioni è sempre presente e leggibile	SI NO NA	
23	La differenza tra carico e scarico è conforme alla giacenza presente in allevamento	SI NO NA	
24	N° di ricette di carico scorte negli ultimi 12 mesi		
25	I medicinali presenti nella scorta sono coerenti (per quantità e tipologia) alla realtà zootecnica, condizioni di management e alla situazione epidemiologica presenti nell'allevamento ?	SI si no NO NA	
26	Registrazione carico-scarico dei farmaci	conforme non conforme NA	
USO DI MEDICINALI VETERINARI (Dlvo 193/2006)			
27	Presenza del registro dei trattamenti	SI(1) NO(4)	
28	Registro dei trattamenti farmacologici protocollo n°rilasciato il.....		
29	Conformità del registro (numerazione e vidimazione servizio veterinario)	SI(1) NO(4)	
30	Sono presenti le ricette medico-veterinarie non ripetibili in triplice copia per i medicinali veterinari ad azione immunologia o contenenti chemioterapici, antibiotici, antiparassitari, corticosteroidi, ormoni, antinfiammatori, sostanze psicotrope, neurotrope, tranquillanti degli ultimi 5 anni.	SI (1) NO(4)	
31	Le registrazioni sono complete (c'è corrispondenza con le ricette allegate al registro dei trattamenti e sono annotate le seguenti informazioni): - numero progressivo della ricetta di riferimento; - natura del trattamento; - denominazione del medicinale veterinario; - data di inizio e fine trattamento; - identificazione degli animali trattati; - data prima della quale gli animali trattati non possono essere inviati allo stabilimento di macellazione)	SI (1) NO(4)	
32	Le formulazioni delle sostanze ad azione antibiotica (mangimi medicati e altre specialità medicinali) si utilizzano in seguito a diagnosi solo Clinica	SI (4) NO(0)	
33	Le formulazioni delle sostanze ad azione antibiotica (mangimi medicati e altre specialità medicinali) si utilizzano in seguito a diagnosi clinica e diagnosi di lab. indiretta (sierologica)	SI (2) NO(0)	
34	Le formulazioni delle sostanze ad azione antibiotica (mangimi medicati e altre specialità medicinali) si utilizzano in seguito a diagnosi clinica e diagnosi di lab. eziologica diretta (anatomo-patologica e isolamento agente eziologico)	SI (1) NO(4)	
35	Le terapie effettuate sono associate ad ADEGUATA diagnosi (diagnosi clinica + diagnosi di laboratorio diretta) ?	Sempre (1) Almeno 5 casi su 10 (4) Almeno un caso su 10 (8) Mai (12)	
36	Utilizzo di mangimi medicati (INDICARE I PRINCIPI ATTIVI PIU' UTILIZZATI)	SI (4) NO (1)	
37	I mangimi medicati sono utilizzato solo dietro prescrizione medico-veterinaria e in modo estemporaneo ?	SI (1) NO(4)	
38	Riscontro di una o più delle seguenti situazioni (se si specificare quali): - ricorso frequente/ sistematico alle terapie antibiotiche orali (ad es. somministrazione a ogni lotto di animali o fase critica). Se si specificare tipo di diagnosi (clinica, diretta, indiretta, assenza di diagnosi). - ricorso frequente/ sistematico alle terapie antibiotiche intramammarie. Se si specificare tipo di diagnosi (clinica, diretta, indiretta, assenza di diagnosi). - difformità della durata delle terapie antibiotiche somministrate rispetto alle indicazioni riportate in SPC/foglietto illustrativo dei relativi prodotti - scelta degli antibiotici in funzione dei tempi di attesa (brevi) piuttosto che sulla base della reale efficacia nella terapia delle specifiche patologie	SI (12) NO(1)	
39	Interventi di profilassi con antibiotici	SI (8) NO(1)	
40	In caso di uso profilattico degli antibiotici sono stati utilizzati esclusivamente quelli autorizzati per tale impiego conformemente alle indicazioni e le specie di destinazione riportate nei foglietti illustrativi (specificare il nome del farmaco utilizzato e la patologia) ?	SI (4) NO(8) NA	

41	I casi in cui vi è stato ricorso a profilassi con antibiotici sono giustificabili (persistenza della malattia, diagnosticata con idonea diagnosi di laboratorio eziologica diretta, nonostante l'attuazione di tutte le misure strutturali e di management finalizzate alla soluzione della problematica) ?	SI (1) NO(4) NA			
42	Interventi di metafilassi con antiparassitari (SE SI INDICARE QUALI)	SI(1) NO(4)			
43	Adeguatezza dei trattamenti antiparassitari	SI(1) NO(4) NA			
44	Interventi di profilassi vaccinale indiretta (SE SI INDICARE QUALI)	SI(1) NO(4)			
45	Sono presenti sostanze farmacologicamente attive	SI(4) NO(1)			
46	I medicinali veterinari presenti in allevamento sono correlati alle ricette e alla documentazione fiscale	SI(1) NO(4)			
47	Conservazione ricette e documentazione di acquisto (5 anni)	SI(1) NO(4)			
48	Sono rispettati i tempi di registrazione (contestualmente alla visita per il veterinario, entro le 24 ore successive all'inizio e fine terapia per l'allevatore)	SI(1) NO(4)			
49	Registrazione dei tempi di attesa	SI(1) NO(4)			
50	Adeguatezza identificazione degli animali trattati	SI(1) NO(4)			
51	Prescrizione di farmaci veterinari in deroga (indicare quali)	SI(4) NO(1)			
52	I medicinali in deroga sono utilizzati al solo fine di evitare all'animale evidenti stati di sofferenza	SI (1) NO(4) NA			
53	Sono stati utilizzati in deroga medicinali per uso umano (indicare quali)	SI(4) NO(1) NA			
54	Le sostanze farmacologicamente attive dei medicinali veterinari utilizzate in deroga sono comprese negli allegati I, II, e III del regolamento (CEE) n. 2377/90	SI (1) NO(4) NA			
55	La registrazione del trattamento con medicinali veterinari in deroga riporta le seguenti annotazioni aggiuntive: a) diagnosi, b) dose somministrata, c) tempo di attesa raccomandato	SI (1) NO(4) NA			
56	In caso di trattamenti in deroga sono stati rispettati i tempi di attesa previsti dall'art. 11, comma 2 del DLs 193/2006	SI (1) NO(4) NA			
57	Viene fatto frequente ricorso a mangimi medicati in deroga (D.lgs 90/93 – art 3, comma 4 – D.M. 16/11/93 art. 16 commi 1 e 2)	SI (4) NO(1)			
58	Vengono utilizzati medicinali omeopatici (se si indicare per quali patologie)	SI NO			
59	Rispetto tempi di attesa per macello (controllo crociato a campione con modelli 4)	SI(1) NO(4)			
60	Movimentazione per vita nel rispetto tempi di attesa	SI(1) NO(2)			
61	Registrazione rimanenze delle terapie prescritte	SI(1) NO(4)			
62	Presenza di confezioni di farmaci (residui di trattamenti pregressi)	SI(4) NO(1)			
63	Corretta conservazione di farmaci residui di trattamenti pregressi	SI(1) NO(4)			
64	Corretta utilizzazione di farmaci residui di trattamenti pregressi	SI(1) NO(4)			
65	Utilizzo di sistema aggiuntivo di identificazione degli animali sottoposti a trattamento in rapportato al tempo di sospensione del prodotto utilizzato al fine di prevenire la presenza di residui nelle derrate alimentari	SI(1) NO(4)			
66	Gli animali in corso di trattamento sono identificabili	SI(1) NO(4)			
67	Presenza di Procedure Operative standard per la miscelazione dei medicinali veterinari da somministrare in acqua da bere o alimento liquido	SI(1) NO(4)			
68	Presenza di Procedure Operative Standard per la somministrazione dei medicinali veterinari agli animali	SI(1) NO(4)			
69	Segnalazioni di eventuali effetti collaterali e di sospette diminuzioni di efficacia				
70	E' presente un sistema di registrazione e smaltimento dei farmaci scaduti o inutilizzati	SI (1) NO(4)			
71	Sistema di smaltimento adottato per farmaci scaduti o inutilizzati				
	Patologie più frequentemente riscontrate nell'allevamento	Patologia			
		Agente/i eziologico/i			
		Prevalenza			
		Tipo di diagnosi (clinica, diretta, indiretta)			

72	N° di ricette RTC (non di scorta) negli ultimi 12 mesi		
73	Numero di ricette congruenti alla realtà zootecnica e alla situazione epidemiologica presenti nell'allevamento		
74	I medicinali prescritti sono coerenti (per quantità e tipologia) alla realtà zootecnica, condizioni di management e alla situazione epidemiologica presenti nell'allevamento ?	SI(1) SI(2) NO(3) NO(4)	
75	Situazione epidemiologica nell'allevamento rispetto all'ultima ispezione	Migliorata (0) Uguale (4) Peggiorata (8)	
76	Modalità (per quantità E TIPOLOGIA) di utilizzo dei farmaci nell'allevamento rispetto all'ultima ispezione	Migliorata (0) Uguale (4) Peggiorata (8)	
77	Registrazione dell'uso del farmaco	conforme(1) non conforme(4)	
TRATTAMENTI ORMONALI (Dlvo 158/2006)			
78	Presenza del registro trattamento ormonali (Dlvo 158/2006)	SI NO	
se si :			
79	Conformità del registro (numerazione e vidimazione servizio veterinario)	SI(1) NO(4) NA	
80	N° di ricette negli ultimi 12 mesi		
81	Le categorie trattate sono quelle consentite dalla norma	SI(1) NO(4) NA	
82	Adeguate identificazione degli animali trattati	SI(1) NO(4) NA	
83	Rispetto delle modalità di registrazione (solo veterinario)	SI(1) NO(4) NA	
84	Corretta registrazione (solo al momento del trattamento)	SI(1) NO(4) NA	
85	Registrazione dei tempi di attesa	SI(1) NO(4) NA	
86	Rispetto tempi di attesa per macello (controllo crociato con modelli 4)	SI(1) NO(4) NA	
87	Movimentazione per vita nel rispetto tempi di attesa	SI(1) NO(2) NA	
88	Comunicazione all'ASL dei trattamenti effettuati	SI(1) NO(4) NA	
89	Registrazione dell'uso del farmaco	conforme(1) non conforme(4) NA	

GIUDIZIO COMPLESSIVO	IN REGOLA	PRESCRIZIONI	IN INFRAZIONE
----------------------	-----------	--------------	---------------

PRESCRIZIONI / NOTE CONCLUSIVE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TEMPI DI ADEGUAMENTO: _____

RISCHIO: BASSO (<85) MEDIO (85-170) ALTO * (>170)

*anche tutti i casi di denuncia di smarrimento registri, mancanza di trattamenti nel registro dei trattamenti art. 79 Dlvo 193/200, tutti gli allevamenti provvisti di scorte di farmaci veterinari e gli allevamenti di Bovini, Suini, Ovini, Caprini, Bufali, Equini e Pesci di cui alla tabella I in cui viene dichiarata assenza di trattamenti ai sensi degli artt. 4 e 5 del Dlvo 158/2006

TEAM LEADER

Sig./Dr qualifica Firma.....

AUDITOR

Sig./Dr qualifica..... Firma.....
Sig./Dr qualifica..... Firma.....

Eventuale documentazione acquisita

Eventuali annotazioni

LEGALE RAPPRESENTANTE

Sig./Dr qualifica..... Firma.....

eventuali dichiarazioni

Località data |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Legenda:

- NA (Non applicabile)**: il requisito non è applicabile a quello specifico operatore sui cui si esegue il controllo;
- SI** (maiuscolo): nel caso in cui un requisito sia completamente rispettato;
- si** (minuscolo): nel caso in cui un requisito sia sostanzialmente rispettato, ma sia possibile ancora un miglioramento da parte dell'operatore;
- no** (minuscolo): requisito non conforme anche se parzialmente soddisfatto;
- NO** (maiuscolo): requisito completamente non rispettato

Chiarimenti per la determinazione della classe di rischio :

Il **punteggio totale** è ottenuto sommando il **punteggio base** (somma dei punteggi parziali relativi a ciascuna voce presente nella lista di riscontro) e il **punteggio AGGIUNTIVO**, ricavato :

- in relazione al rischio inerente le implicazione di benessere animale legate alle dimensioni e tipologia di allevamento (fonte PIANO NAZIONALE BENESSERE DEGLI ANIMALI DA REDDITO) indicato in Tabella 1.
- in relazione al rischio inerente la presenza di non conformità pregresse (Tabella 2)

Tabella 1

Tipologia di allevamento	Punteggio aggiuntivo
VITELLI A CARNE BIANCA	20
SUINI > 40 capi o > 6 scrofe	20
OVAIOLE	20
BROILER > 500 capi	20
ALTRI BOVINI > 50 capi	20
STRUZZI > 10 capi	20
TACCHINI & ALTRI AVICOLI > 250 capi	20
CONIGLI > 250 capi	20
OVINI > 50 capi	20
CAPRINI > 50 capi	20
BUFALI > 10 capi	20
CAVALLI > 10 capi	20
PESCI	20

Tabella 2

Tipologia di non conformità	Punteggio aggiuntivo
Prescrizione	10
Sanzione amministrativa	20
Denuncia all'autorità giudiziaria	30

LISTA DI RISCONTRO PER L'ISPEZIONE E LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO PRESSO GLI IMPIANTI DI ALLEVAMENTO E CUSTODIA DI ANIMALI NON DESTINATI ALLA PRODUZIONE DI ALIMENTO PER L'UOMO (D.Lgs 193/2006, artt. 76(8); 80 (3); 82)

In data _____ alle ore _____ il/i sottoscritto/i _____
 cell: _____ in qualità di _____
 _____ si è/sono recato/i presso la Ditta _____
 _____ con sede nel Comune di _____ Via _____
 Tel. _____ Fax _____ di cui è titolare il/la Dott./Sig. _____
 nato/a a _____ Prov. _____ il _____ residente nel Comune di _____
 _____ Prov. _____ in Via _____ Tel. _____ Fax _____

e dopo essersi qualificat.... ha/hanno proceduto a: VERIFICA SULLO STOCCAGGIO, IMPIEGO E REGISTRAZIONE DEI MEDICINALI VETERINARI

CODICE AZIENDALE.....

Codice fiscale / Partita I.V.A.....

Data di inizio attività |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
 Data ultima ristrutturazione |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
 Unità di personale addetto n. |_|_|_|

SPECIE ALLEVATE (eccetto EQUIDI)	n. capi
CANI	
GATTI	
FURETTI	
VISONI	
Altro, indicare specie	

ANIMALI CORRETTAMENTE IDENTIFICATI SI 1 NO 4
 REGISTRO/I DI ALLEVAMENTO AGGIORNATO/I SI 1 NO 4

Veterinario aziendale.....
 Numero interventi del vet. aziendale nel corso degli ultimi 12 mesi.....
 Data dell'ultima ispezione condotta dal Servizio Veterinario.....

Prescrizioni/Infrazioni pregresse.....SI NO
 Note

PRESCRIZIONI SCRITTE O RICETTE		
1	Le ricette RNRT presenti in allevamento sono conformi al modello ministeriale	SI(1) NO(4)
2	Gli animali a cui si rivolge la prescrizione sono identificati ai sensi della vigente normativa	SI(1) NO(4)
3	La sezione della ricetta riservata al medico veterinario è compilata in ciascuna delle parti previste	SI(1) NO(4)
4	Il numero di lotto delle confezioni è sempre presente e leggibile	SI(1) NO(4)
5	La sezione della ricetta riservata al farmacista è compilata in ciascuna delle parti previste	SI(1) NO(4)
6	La sezione della ricetta riservata al titolare dell'impianto è compilata in ciascuna delle parti previste	SI(1) NO(4)
SCORTA DI MEDICINALI VETERINARI		
7	Presenza di scorta di medicinali veterinari	SI(4) NO(1)
Se si :		
Autorizzazione n°.....rilasciata il.....		
Veterinario responsabile della scorta.....		
Veterinari delegati dal responsabile della scorta:		
Registro carico-scarico protocollo n°.....rilasciata il.....		
8	Il titolare dell'impianto è autorizzato alla detenzione di scorte di medicinali veterinari	SI(1) NO(4) NA
9	E' presente il registro carico-scarico scorte	SI(1) NO(4) NA
10	Conformità del registro (numerazione e vidimazione servizio veterinario)	SI(1) NO(4) NA
11	Fornitore/i di medicinali e mangimi medicati (specificare se farmacista o grossista)	
12	La formalizzazione della responsabilità della custodia e dell'utilizzo delle scorte di medicinali è mantenuta aggiornata	SI(1) NO(4) NA
13	Adeguati sistemi per la conservazione a temperatura controllata	SI(1) NO(4) NA
14	Sistemi contro congelamento-surriscaldamento ambienti di stoccaggio	SI(1) NO(4) NA
14	Bidoni per lo stoccaggio temporaneo dei farmaci scaduti e da smaltire	SI(1) NO(4) NA
16	Presenza di farmaci scaduti non idoneamente identificati	SI(4) NO(1) NA
17	Il numero di lotto delle confezioni è sempre presente e leggibile	SI(1) NO(4) NA
18	La differenza tra carico e scarico è conforme alla giacenza presente in allevamento	SI(1) NO(4) NA
N° di ricette di carico scorte negli ultimi 12 mesi		
19	I medicinali presenti nella scorta sono coerenti (per quantità e tipologia) alla situazione epidemiologica e alle condizioni di management dell'allevamento ?	SI(1) si(2) no(3) NO(4) NA
20	Registrazione dello scarico dei medicinali veterinari di cui all'art. 76(5) del Dlvo 193/2006	SI(1) NO(4) NA

21	Registrazione carico-scarico dei farmaci	conforme (1) non conforme(4) NA
USO DI MEDICINALI VETERINARI (Dlvo 193/2006)		
22	Le terapie effettuate sono associate ad ADEGUATA diagnosi (diagnosi clinica + diagnosi di laboratorio diretta) ?	Sempre (1) Almeno 5 casi su 10 (4) Almeno un caso su 10 (8) Mai (12)
23	Utilizzo di mangimi medicati	SI (4) NO (1)
		Note
24	Interventi di metaflassi con antiparassitari	SI(1) NO(4)
		note
25	Interventi di profilassi vaccinale indiretta	SI(1) NO(4)
		note
26	Sono presenti sostanze farmacologicamente attive	SI(4) NO(1)
27	I medicinali veterinari presenti nell'impianto sono correlati alle ricette e alla documentazione fiscale	SI(1) NO(4)
28	Conservazione ricette e documentazione di acquisto (3 anni)	SI(1) NO(4)
29	Prescrizione di farmaci in deroga	SI(4) NO(1)
30	I medicinali in deroga sono utilizzati al solo fine di evitare all'animale evidenti stati di sofferenza	SI (1) NO(4) NA
31	Corretta conservazione di farmaci residui di trattamenti pregressi	SI(1) NO(4)
32	Corretta utilizzazione di farmaci residui di trattamenti pregressi	SI(1) NO(4)
33	Gli animali in corso di trattamento sono identificabili	SI(1) NO(4)
34	Presenza di Procedure Operative standard per la miscelazione dei medicinali veterinari da somministrare in acqua da bere o alimento liquido	SI(1) NO(4)
35	Presenza di Procedure Operative Standard per la somministrazione dei medicinali veterinari agli animali	S(1) NO(4)
36	Segnalazioni di eventuali effetti collaterali e di sospette diminuzioni di efficacia	
37	E' presente un sistema di registrazione e smaltimento dei farmaci scaduti o inutilizzati	SI (1) NO(4)
38	Sistema di smaltimento adottato per farmaci scaduti o inutilizzati	
39	Patologie più frequentemente riscontrate nell'allevamento	Patologia/e
		Agente/i eziologico/i
		Prevalenza
		Tipo di diagnosi (clinica, diretta, indiretta)

40	N° di ricette RTC (non di scorta) negli ultimi 12 mesi	
41	Numero di ricette congruenti alla realtà zootecnica e alla situazione epidemiologica presenti nell'allevamento	
42	I medicinali prescritti sono coerenti (per quantità e tipologia) alla realtà zootecnica, condizioni di management e alla situazione epidemiologica presenti nell'allevamento ?	SI(1) si(2) no(3) NO(4)
43	Situazione epidemiologica nell'allevamento rispetto all'ultima ispezione	Migliorata (0) Uguale (4) Peggiorata (8)
44	Modalità (per quantità E TIPOLOGIA) di utilizzo dei farmaci nell'allevamento rispetto all'ultima ispezione	Migliorata (0) Uguale (4) Peggiorata (8)
45	Registrazione dell'uso del farmaco	conforme(1) non conforme(4) NA

GIUDIZIO COMPLESSIVO	IN REGOLA	PRESCRIZIONI	IN INFRAZIONE
----------------------	-----------	--------------	---------------

PRESCRIZIONI / NOTE CONCLUSIVE

.....

.....

.....

.....

.....

TEMPI DI ADEGUAMENTO: _____

RISCHIO: BASSO (<45) MEDIO (45-110) ALTO (>110)

TEAM LEADER

Sig./Dr qualifica Firma.....

AUDITOR

Sig./Dr qualifica..... Firma.....

Eventuale documentazione acquisita

Eventuali annotazioni

LEGALE RAPPRESENTANTE

Sig./Dr qualifica..... Firma.....

eventuali dichiarazioni

Localitàdata |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Legenda:

- NA (Non applicabile):** il requisito non è applicabile a quello specifico operatore sui cui si esegue il controllo;
- SI** (maiuscolo): nel caso in cui un requisito sia completamente rispettato;
- si** (minuscolo): nel caso in cui un requisito sia sostanzialmente rispettato, ma sia possibile ancora un miglioramento da parte dell'operatore;
- no** (minuscolo): requisito non conforme anche se parzialmente soddisfatto;
- NO** (maiuscolo): requisito completamente non rispettato

Chiarimenti per la determinazione della classe di rischio :

Il **punteggio totale** è ottenuto sommando il **punteggio base** (somma dei punteggi parziali relativi a ciascuna voce presente nella lista di riscontro) e il **punteggio AGGIUNTIVO**, ricavato in relazione al rischio inerente la presenza di non conformità pregresse (Tabella 1).

Tabella 1

Tipologia di non conformità	Punteggio aggiuntivo
Prescrizione	10
Sanzione amministrativa	20
Denuncia all'autorità giudiziaria	30

LISTA DI RISCONTRO PER L'ISPEZIONE PRESSO GLI ESERCIZI DI VENDITA ALL'INGROSSO DI MEDICINALI VETERINARI E SOSTANZE FARMACOLOGICAMENTE ATTIVE E DI VENDITA DIRETTA DI MEDICINALI VETERINARI

(artt. 66-68-69-70-71-72-73-74, D.Lgs 193/06)

In data _____ alle ore _____ il/i sottoscritto/i _____
 cell: _____ in qualità di _____

_____ si è/sono recato/i presso la Ditta _____

_____ con sede nel Comune di _____ Via _____

Tel. _____ Fax _____ di cui è titolare il/la Dott./Sig. _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____ residente nel Comune di _____

_____ Prov. _____ in Via _____ Tel. _____ Fax _____

e dopo essersi qualificat.... ha/hanno proceduto a: **VERIFICA SULLO STOCCAGGIO, REGISTRAZIONE E VENDITA DEI MEDICINALI VETERINARI E SOSTANZE FARMACOLOGICAMENTE ATTIVE**

Data dell'ultima ispezione condotta dal Servizio Veterinario.....

La suddetta Ditta risulta in possesso delle seguenti autorizzazioni :

- esercizio di attività di commercio all'ingrosso di medicinali veterinari (art. 66, D.Lgs. 193/06) n. _____

.....

- esercizio di attività di commercio di sostanze farmacologicamente attive n. _____

.....

- esercizio di attività di vendita diretta di medicinali veterinari n. _____

.....

Responsabile del magazzino Dott. _____ nato/a _____ Prov. _____ il _____
 _____ residente nel Comune di _____ Prov. _____ in Via _____ Iscritto

all'Albo Professionale della Prov. di _____ al n. _____.

Responsabile della vendita Dott. _____ nato/a _____ Prov. _____ il _____
 _____ residente nel Comune di _____ Prov. _____ in Via _____

Iscritto all'Albo Professionale della Prov. di _____ al n. _____ dal _____

Prescrizioni/Infrazioni pregresse.....SI NO

È risultato quanto segue:

AUTORIZZAZIONI

Presenza dell'autorizzazione all'esercizio di attività di commercio all'ingrosso di medicinali veterinari (art. 66, D.Lgs. 193/06)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	n. _____
Presenza dell'autorizzazione all'esercizio di attività di commercio di sostanze farmacologicamente attive (se effettuata)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	n. _____
Presenza dell'autorizzazione all'esercizio di attività di vendita diretta di medicinali veterinari (se effettuata)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	n. _____

PERSONALE

Garanzia della presenza del responsabile del magazzino (laureato in farmacia, chimica, chimica industriale, CTF) per almeno 4 ore al giorno	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Verifica incrociata _____
Presenza del farmacista (o laureato CTF) nell'orario di apertura al pubblico (vendita diretta)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Verifica incrociata _____ _____

CARATTERISTICHE DEI LOCALI

CARATTERISTICHE STRUTTURA E ATTREZZATURE

È disponibile una planimetria dell'impianto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Verifica documentale _____ _____
La disposizione dei locali corrisponde alla planimetria presentata al momento del rilascio dell'autorizzazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Verifica incrociata _____ _____
Le strutture e le infrastrutture consentono una agevole - individuazione - movimentazione - manipolazione dei medicinali stoccati	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NO	Verifica sul campo _____ _____
Pavimenti facilmente lavabili e pareti lisce	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NO	Verifica sul campo _____ _____
Presenza di netta separazione fisica fra i locali o settori destinati al deposito di altri prodotti diversi dai medicinali veterinari	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NO	Verifica sul campo _____ _____
Presenza di scaffalature e/o bancali atti a evitare il contatto diretto con pareti e pavimenti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NO	Verifica sul campo _____ _____
Le scaffalature e/o bancali sono in materiale lavabile o rinnovabile e mantenuti puliti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NO	Verifica sul campo _____ _____
Presenza di sistemi che non consentano l'irraggiamento diretto dei medicinali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NO	Verifica sul campo _____ _____
Presenza di idoneo frigorifero, dimensionato ai volumi dei medicinali conservati	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NO	Verifica sul campo _____ _____
Presenza di sistema di misurazione della temperatura del frigorifero possibilmente con relativa registrazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NO	Verifica sul campo _____ _____
Presenza di sistemi che permettono di mantenere la T° ambientale tra + 5 C° e + 30 C°	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NO	Verifica sul campo _____ _____
Presenza sistemi che permettono il controllo dell'umidità ambientale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NO	Verifica sul campo _____ _____
Presenza di idonee attrezzature che consentano mantenimento ed il controllo delle temperature di conservazione dei medicinali anche in fase di trasporto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NO	Verifica sul campo _____ _____

GESTIONE (LOCALI)

I locali devono essere mantenuti in idonee condizioni di pulizia: - Assenza di sporco e polvere - Assenza di infestanti o loro tracce (impronte, feci, ecc.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NO	Verifica sul campo _____ _____
--	--	--------------------------------------

GESTIONE (MEDICINALI)

I medicinali veterinari non devono essere direttamente raggiungibili da parte dei clienti o persone non autorizzate al loro maneggiamento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NO	Verifica sul campo _____ _____
Presenza di un criterio di stoccaggio ordinato dei medicinali (es. in ordine alfabetico, per classe terapeutica, per ditta produttrice, ecc.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NO	Verifica incrociata _____ _____
Presenza di locale/contenitore chiuso a chiave e appositamente dedicato ai medicinali stupefacenti (se autorizzato)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NO	Verifica sul campo _____ _____
Presenza di medicinali veterinari non correttamente confezionati	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Verifica sul campo _____
Presenza di medicinali veterinari non conformemente conservati	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Verifica sul campo _____
Presenza di medicinali veterinari scaduti o avariati	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Verifica sul campo _____
Presenza di un settore identificato riservato alla conservazione dei farmaci non idonei alla commercializzazione (scaduti, avariati, in difetto di etichettatura ecc.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NO	Verifica sul campo _____ _____

GESTIONE (REGISTRAZIONE DEI MEDICINALI VETERINARI)

La registrazione <u>in entrata ed in uscita</u> delle <u>transazioni commerciali all'ingrosso di medicinali veterinari</u> contiene tutte le seguenti informazioni: - data della transazione - identificazione del medicinale veterinario - n° di lotto - data di scadenza - quantità movimentata - nome e indirizzo del fornitore o destinatario - presenza di fatture di acquisto e di vendita (ultimi 5 anni)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NO	Verifica documentale _____ _____ _____ _____ _____
La registrazione delle <u>transazioni relative alla vendita diretta di medicinali veterinari</u> contiene tutte le seguenti informazioni: - data della transazione - identificazione del medicinale veterinario - n° di lotto - data di scadenza - quantità fornita - nome e indirizzo del destinatario - presenza delle fatture di vendita dei medicinali veterinari cedibili solo dietro presentazione di ricetta medico-veterinaria (ultimi 5 anni) - presenza delle ricette per il periodo minimo stabilito: • RNRT per almeno 5 anni • RNR per almeno 6 mesi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	Verifica documentale _____ _____
Presenza di documentazione relativa all'uscita dei medicinali scaduti, avariati, in difetto di etichettatura (anche solo commerciale in funzione della via di smaltimento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NO	Verifica documentale _____ _____

Verifica incrociata a campione della corrispondenza fra situazione del magazzino, documentazione di entrata e documentazione di uscita:

SPECIALITÀ VETERINARIE CONTROLLATE documentazione in entrata:

- a) _____ Doc. comm. Sì No Corrisp. magazzino Sì No
- b) _____ Doc. comm. Sì No Corrisp. magazzino Sì No
- c) _____ Doc. comm. Sì No Corrisp. magazzino Sì No
- d) _____ Doc. comm. Sì No Corrisp. magazzino Sì No

- e) _____ Doc. comm. Sì No Corrisp. magazzino Sì No
 f) _____ Doc. comm. Sì No Corrisp. magazzino Sì No

SPECIALITÀ VETERINARIE CONTROLLATE documentazione in uscita:

grossisti – fatture vendita

vendita diretta – fatture vendita e ricette

- a) _____ Document. Sì No Invio al SV entro 7 gg. Sì No
 b) _____ Document. Sì No Invio al SV entro 7 gg. Sì No
 c) _____ Document. Sì No Invio al SV entro 7 gg. Sì No
 d) _____ Document. Sì No Invio al SV entro 7 gg. Sì No
 e) _____ Document. Sì No Invio al SV entro 7 gg. Sì No
 f) _____ Document. Sì No Invio al SV entro 7 gg. Sì No

Presenza documentazione della verifica annuale approfondita delle forniture in entrata ed in uscita	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NO	Verifica documentale _____ _____
E' garantita la registrazione differenziata di tutte le forniture di medicinali (vendita diretta) a impianti (di cura e di allevamento) e ai veterinari (D.Lgs 193/2006, art. 71(1b)).	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	Verifica documentale _____ _____
Tutta la documentazione in entrata ed in uscita dei medicinali Veterinari è conservata separatamente da quella dei Medicinali per uso umano	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	Verifica documentale _____ _____
Presenza di ricette compilate in maniera completa nei campi obbligatori in funzione della tipologia di prescrizione (terapia/scorta)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NO	Verifica documentale _____ _____
Presenza procedura per il ritiro di farmaci sottoposti a provvedimenti in cui siano presenti tutti gli elementi per la loro tracciabilità : (produttore, rivenditore, id. prodotto, registrazione acquisto, scadenza, registrazione di vendita)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NO	Verifica documentale _____ _____
Presenza di registri compilati di carico e scarico delle sostanze farmacologicamente attive (se commercializzate) da tenere a disposizione dell'autorità competente <u>per almeno tre anni</u> .	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	Verifica documentale _____ _____
Per l'attività di vendita diretta è detenuto almeno il 70 per cento dei medicinali veterinari in commercio in relazione alla specifica realtà zootecnica locale, fatta eccezione dei fabbricanti di premiscele per alimenti medicamentosi(D.Lgs 193/2006, art. 71(1g)).	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	Verifica documentale _____ _____

Verifica incrociata a campione della corrispondenza tra ricette spedite e relativi adempimenti di registrazione presso le strutture di destinazione :

SPECIALITÀ VETERINARIE CONTROLLATE documentazione in uscita:

vendita diretta – ricette

- a) _____ Document. Sì No Adempimenti di registrazione presso struttura di destinazione Sì No
 b) _____ Document. Sì No Adempimenti di registrazione presso struttura di destinazione Sì No
 c) _____ Document. Sì No Adempimenti di registrazione presso struttura di destinazione Sì No
 d) _____ Document. Sì No Adempimenti di registrazione presso struttura di destinazione Sì No
 e) _____ Document. Sì No Adempimenti di registrazione presso struttura di destinazione Sì No
 f) _____ Document. Sì No Adempimenti di registrazione presso struttura di destinazione Sì No

TEAM LEADER

Sig./Dr qualifica Firma.....

AUDITOR

Sig./Dr qualifica..... Firma.....
Sig./Dr qualifica..... Firma.....

Eventuale documentazione acquisita
Eventuali annotazioni
.....
.....
.....

LEGALE RAPPRESENTANTE

Sig./Dr qualifica..... Firma.....
eventuali dichiarazioni
.....
.....
.....
Localitàdata [][]/[][][]/[][][][]

GIUDIZIO COMPLESSIVO	IN REGOLA	PRESCRIZIONI	IN INFRAZIONE
----------------------	-----------	--------------	---------------

PRESCRIZIONI / NOTE CONCLUSIVE

.....
.....
.....
.....
.....
.....

TEMPI DI ADEGUAMENTO: _____

Legenda:

- NA (Non applicabile):** il requisito non è applicabile a quello specifico operatore sui cui si esegue il controllo;
- SI** (maiuscolo): nel caso in cui un requisito sia completamente rispettato;
- si** (minuscolo): nel caso in cui un requisito sia sostanzialmente rispettato, ma sia possibile ancora un miglioramento da parte dell'operatore;
- no** (minuscolo): requisito non conforme anche se parzialmente soddisfatto;
- NO** (maiuscolo): requisito completamente non rispettato.

LISTA DI RISCONTRO PER L'ISPEZIONE E VALUTAZIONE DEL RISCHIO DELLE FARMACIE (D.Lgs 193/2006 artt. 71(3), 76(8))

In data _____ alle ore _____ il/i sottoscritto/i _____
 cell: _____ in qualità di _____

_____ si è/sono recato/i presso la Farmacia _____

_____ con sede nel Comune di _____ Via _____

Tel. _____ Fax _____ di cui è titolare il/la Dott. _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____ residente nel Comune di _____

_____ Prov. _____ in Via _____ Tel. _____ Fax _____

e dopo essersi qualificat.... ha/hanno proceduto a: VERIFICA SULLA REGISTRAZIONE E VENDITA DEI MEDICINALI VETERINARI E SOSTANZE FARMACOLOGICAMENTE ATTIVE

- La suddetta Farmacia risulta in possesso della seguente autorizzazione : n. _____

Data dell'ultima ispezione condotta dal Servizio Veterinario.....

Prescrizioni/Infrazioni pregresse.....SI NO

note

È risultato quanto segue:

AUTORIZZAZIONI

Presenza dell'autorizzazione	<input type="checkbox"/> SI(1) <input type="checkbox"/> NO(4)	n. _____
------------------------------	---	----------

PERSONALE

Presenza del farmacista nell'orario di apertura al pubblico	<input type="checkbox"/> SI(1) <input type="checkbox"/> NO(4)	_____ _____
---	---	----------------

GESTIONE (MEDICINALI)

I medicinali veterinari non devono essere direttamente raggiungibili da parte dei clienti o persone non autorizzate al loro maneggiamento	<input type="checkbox"/> SI (1) <input type="checkbox"/> sì (2) <input type="checkbox"/> no (3) <input type="checkbox"/> NO (4)	Verifica sul campo _____ _____ _____
Presenza di un criterio di stoccaggio ordinato dei medicinali (es. in ordine alfabetico, per classe terapeutica, per ditta produttrice, ecc.)	<input type="checkbox"/> SI (1) <input type="checkbox"/> sì (2) <input type="checkbox"/> no (3) <input type="checkbox"/> NO (4)	Verifica incrociata _____ _____ _____
Presenza di locale/contenitore chiuso a chiave e appositamente dedicato ai medicinali stupefacenti (se autorizzato)	<input type="checkbox"/> SI (1) <input type="checkbox"/> NO (4)	Verifica sul campo _____ _____ _____
Presenza di medicinali veterinari non correttamente confezionati	<input type="checkbox"/> SI (4) <input type="checkbox"/> NO (1)	Verifica sul campo _____ _____ _____

Presenza di medicinali veterinari scaduti o avariati	<input type="checkbox"/> SI (4) <input type="checkbox"/> NO (1)	Verifica sul campo _____ _____
Presenza di un settore identificato riservato alla conservazione dei farmaci non idonei alla commercializzazione (scaduti, avariati, in difetto di etichettatura ecc.)	<input type="checkbox"/> SI (1) <input type="checkbox"/> NO (4)	Verifica sul campo _____ _____

GESTIONE (REGISTRAZIONE DEI MEDICINALI VETERINARI)

Presenza di registri o tabulati elettronici a pagine progressivamente numerate	<input type="checkbox"/> SI (1) <input type="checkbox"/> NO (4)	Verifica documentale _____ _____
La registrazione <u>in entrata</u> delle <u>transazioni commerciali di medicinali veterinari</u> contiene tutte le seguenti informazioni: - data della transazione - identificazione del medicinale veterinario - n° di lotto - data di scadenza - quantità movimentata - nome e indirizzo del fornitore o destinatario - presenza di fatture di acquisto (ultimi 5 anni)	<input type="checkbox"/> SI (1) <input type="checkbox"/> sì (2) <input type="checkbox"/> no (3) <input type="checkbox"/> NO (4)	Verifica documentale _____ _____
La registrazione delle <u>transazioni relative alla vendita al dettaglio di medicinali veterinari</u> contiene tutte le seguenti informazioni: - data della transazione - identificazione del medicinale veterinario - n° di lotto - data di scadenza - quantità fornita - nome e indirizzo del destinatario presenza delle fatture di vendita dei medicinali veterinari cedibili solo dietro presentazione di ricetta medico-veterinaria (ultimi 5 anni) presenza delle ricette per il periodo minimo stabilito: • RNRT per almeno 5 anni • RNR per almeno 6 mesi	<input type="checkbox"/> SI (1) <input type="checkbox"/> sì (2) <input type="checkbox"/> no (3) <input type="checkbox"/> NO (4)	Verifica documentale _____ _____
Presenza di documentazione relativa all'uscita dei medicinali scaduti, avariati, in difetto di etichettatura (anche solo commerciale in funzione della via di smaltimento)	<input type="checkbox"/> SI (1) <input type="checkbox"/> sì (2) <input type="checkbox"/> no (3) <input type="checkbox"/> NO (4)	Verifica documentale _____ _____

Verifica incrociata a campione della corrispondenza fra situazione del magazzino, documentazione di entrata e documentazione di uscita:

SPECIALITÀ VETERINARIE CONTROLLATE documentazione in entrata:

a) _____	Doc. comm.	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Corrisp. magazzino	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b) _____	Doc. comm.	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Corrisp. magazzino	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
c) _____	Doc. comm.	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Corrisp. magazzino	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
d) _____	Doc. comm.	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Corrisp. magazzino	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
e) _____	Doc. comm.	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Corrisp. magazzino	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
f) _____	Doc. comm.	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Corrisp. magazzino	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

SPECIALITÀ VETERINARIE CONTROLLATE documentazione in uscita:

grossisti – fatture vendita

vendita diretta – fatture vendita e ricette

a) _____	Document.	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Invio al SV entro 7 gg.	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b) _____	Document.	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Invio al SV entro 7 gg.	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

- c) _____ Document. Sì No Invio al SV entro 7 gg. Sì No
- d) _____ Document. Sì No Invio al SV entro 7 gg. Sì No
- e) _____ Document. Sì No Invio al SV entro 7 gg. Sì No
- f) _____ Document. Sì No Invio al SV entro 7 gg. Sì No

Presenza documentazione della verifica annuale approfondita delle forniture in entrata ed in uscita	<input type="checkbox"/> SI (1) <input type="checkbox"/> sì (2) <input type="checkbox"/> no (3) <input type="checkbox"/> NO (4)	Verifica documentale _____ _____ _____
Tutta la documentazione in entrata ed in uscita dei medicinali Veterinari è conservata separatamente da quella dei Medicinali per uso umano	<input type="checkbox"/> SI (1) <input type="checkbox"/> sì (2) <input type="checkbox"/> no (3) <input type="checkbox"/> NO (4)	Verifica documentale _____ _____ _____
Presenza di ricette compilate in maniera completa nei campi obbligatori in funzione della tipologia di prescrizione (terapia/scorta)	<input type="checkbox"/> SI (1) <input type="checkbox"/> sì (2) <input type="checkbox"/> no (3) <input type="checkbox"/> NO (4)	Verifica documentale _____ _____ _____
Presenza procedura per il ritiro di farmaci sottoposti a provvedimenti in cui siano presenti tutti gli elementi per la loro tracciabilità : (produttore, rivenditore, id. prodotto, registrazione acquisto, scadenza, registrazione di vendita)	<input type="checkbox"/> SI (1) <input type="checkbox"/> sì (2) <input type="checkbox"/> no (3) <input type="checkbox"/> NO (4)	Verifica documentale _____ _____ _____
Presenza di registri compilati di carico e scarico delle sostanze farmacologicamente attive da tenere a disposizione dell'autorità competente <u>per almeno tre anni</u> .	<input type="checkbox"/> SI (1) <input type="checkbox"/> sì (2) <input type="checkbox"/> no (3) <input type="checkbox"/> NO (4)	Verifica documentale _____ _____ _____

Verifica incrociata a campione della corrispondenza tra ricette spedite e relativi adempimenti di registrazione presso le strutture di destinazione :

SPECIALITÀ VETERINARIE CONTROLLATE documentazione in uscita:
vendita diretta – ricette

- a) _____ Document. Sì No Adempimenti di registrazione presso struttura di destinazione Sì No
- b) _____ Document. Sì No Adempimenti di registrazione presso struttura di destinazione Sì No
- c) _____ Document. Sì No Adempimenti di registrazione presso struttura di destinazione Sì No
- d) _____ Document. Sì No Adempimenti di registrazione presso struttura di destinazione Sì No
- e) _____ Document. Sì No Adempimenti di registrazione presso struttura di destinazione Sì No
- f) _____ Document. Sì No Adempimenti di registrazione presso struttura di destinazione Sì No

TEAM LEADER

Sig./Dr qualifica Firma.....

AUDITOR

Sig./Dr qualifica..... Firma.....

Sig./Dr qualifica..... Firma.....

Sig./Dr qualifica..... Firma.....

Sig./Dr qualifica..... Firma.....

Sig./Dr qualifica Firma

Sig./Dr qualifica Firma

Eventuale documentazione acquisita

Eventuali annotazioni

LEGALE RAPPRESENTANTE

Sig./Dr qualifica Firma

eventuali dichiarazioni

Località data []/[]/[]

GIUDIZIO COMPLESSIVO	IN REGOLA	PRESCRIZIONI	IN INFRAZIONE
----------------------	-----------	--------------	---------------

PRESCRIZIONI / NOTE CONCLUSIVE

TEMPI DI ADEGUAMENTO: _____

RISCHIO: BASSO (<25) MEDIO (25-50) ALTO (>50)

Legenda:

- NA (Non applicabile):** il requisito non è applicabile a quello specifico operatore sui cui si esegue il controllo;
- SI** (maiuscolo): nel caso in cui un requisito sia completamente rispettato;
- si** (minuscolo): nel caso in cui un requisito sia sostanzialmente rispettato, ma sia possibile ancora un miglioramento da parte dell'operatore;
- no** (minuscolo): requisito non conforme anche se parzialmente soddisfatto;
- NO** (maiuscolo): requisito completamente non rispettato.

Chiarimenti per la determinazione della classe di rischio :

Il **punteggio totale** è ottenuto sommando il **punteggio base** (somma dei punteggi parziali relativi a ciascuna voce presente nella lista di riscontro) e il **punteggio AGGIUNTIVO**, ricavato :

- in relazione al rischio inerente la presenza di non conformità pregresse (Tabella 1)

Tabella 1

Tipologia di non conformità	Punteggio aggiuntivo
Prescrizione	10
Sanzione amministrativa	20
Denuncia all'autorità giudiziaria	30

LISTA DI RISCONTRO PER L'ISPEZIONE E VALUTAZIONE DEL RISCHIO DELLE SCORTE DEGLI IMPIANTI DI CURA E PER ATTIVITA' ZOOIATRICA (D.Lgs 193/2006 artt. 76(8), 80(3), 84, 85)

In data _____ alle ore _____ il/i sottoscritto/i _____
 cell: _____ in qualità di _____

_____ si è/sono recato/i presso la Struttura di cura _____ con sede nel Comune di _____

Via _____ Tel. _____ Fax _____ di cui è titolare il/la Dott.

_____ nato/a a _____ Prov. _____ il _____ residente nel

Comune di _____ Prov. _____ in Via _____ Tel.

_____ Fax _____

e dopo essersi qualificat.... ha/hanno proceduto a: **VERIFICA SULLO STOCCAGGIO, IMPIEGO E REGISTRAZIONE DEI MEDICINALI VETERINARI**

Il suddetto Impianto risulta in possesso della seguente autorizzazione : N°. _____

Il veterinario zoiatra ispezionato risulta iscritto all'albo provinciale di _____ al N° _____

Data dell'ultima ispezione condotta dal Servizio Veterinario.....

Prescrizioni/Infrazioni pregresse.....SI NO

note

PRESCRIZIONI SCRITTE O RICETTE	
Le ricette RNRT presenti presso l'impianto/veterinario zoiatra sono conformi al modello ministeriale	SI(1) NO(4)
La sezione della ricetta riservata al medico veterinario è compilata in ciascuna delle parti previste	SI(1) NO(4)
Il numero di lotto delle confezioni è sempre presente e leggibile	SI(1) NO(4)
La sezione della ricetta riservata al farmacista è compilata in ciascuna delle parti previste	SI(1) NO(4)
La sezione della ricetta riservata al titolare dell'impianto è compilata in ciascuna delle parti previste	SI(1) NO(4)
SCORTA DI MEDICINALI VETERINARI	
Presenza di scorta di medicinali veterinari	SI(4) NO(1)
Presenza di scorte di medicinali umani (solo impianti)	SI(4) NO(1)
Se si :	
Autorizzazione n°rilasciata il.....	

Registro carico-scarico protocollo n°.....rilasciato il.....			
Il titolare dell'impianto è autorizzato alla detenzione di scorte di medicinali veterinari	SI(1)	NO(4)	NA
E' presente il registro carico-scarico scorte	SI(1)	NO(4)	NA
Conformità del registro (numerazione e vidimazione servizio veterinario)	SI(1)	NO(4)	NA
Conservazione ricette e documentazione di acquisto (3 anni)	SI(1)	NO(4)	NA
La formalizzazione della responsabilità della custodia e dell'utilizzo delle scorte di medicinali è mantenuta aggiornata	SI(1)	NO(4)	NA
Sistemi contro congelamento-surriscaldamento ambienti di stoccaggio	SI(1)	NO(4)	NA
Bidoni per lo stoccaggio temporaneo dei farmaci scaduti e da smaltire	SI(1)	NO(4)	NA
Presenza di farmaci scaduti non idoneamente identificati	SI(4)	NO(1)	NA
Il numero di lotto delle confezioni è sempre presente e leggibile	SI(1)	NO(4)	NA
N° di ricette di carico scorte negli ultimi 12 mesi	-		
Presenza di scorte di medicinali a base di sostanze stupefacenti o psicotrope compresi nella tabella II, sezioni A, B e C del dpr 309/90 e successive modifiche	SI(4)	NO(1)	
Presenza e corretta compilazione del registro di carico e scarico separato dei medicinali a base di sostanze stupefacenti o psicotrope compresi nella tabella II, sezioni A, B e C del dpr 309/90 e successive modifiche (vidimato e firmato in ciascuna pagina dall'autorità sanitaria locale), nel quale specificare l'impiego dei medicinali stessi	SI(1)	NO(4)	NA
Registrazione scarico dei medicinali veterinari somministrati ad animali da reddito	SI(1)	NO(4)	
Presenza di scorte di medicinali umani per solo uso ospedaliero (ad esclusione degli antibiotici), e medicinali umani per uso specialistico (ad esclusione degli antibiotici)	SI(4)	NO(1)	
Registrazione carico - scarico dei medicinali umani per solo uso ospedaliero e specialistico (ad esclusione degli antibiotici)	SI(1)	NO(4)	NA
Annotazione eliminazione dei farmaci a seguito di scadenza	SI(1)	NO(4)	
I medicinali veterinari presenti nell'impianto sono correlati alle ricette e alla documentazione fiscale	SI(1)	NO(4)	
Registrazione carico-scarico dei farmaci	conforme (1)	non conforme(4)	NA

CAMPIONI GRATUITI			
Sono presenti campioni gratuiti ?	SI	NO	
La cessione dei campioni gratuiti è conforme ai requisiti di registrazione prescritti dalla norma ?	SI (1)	NO (4)	NA
Il quantitativo di campioni gratuiti ceduti dai titolari di AIC rientra nei limiti previsti dalla normativa vigente ?	SI (1)	NO (4)	NA
La tipologia di campioni gratuiti forniti rispetta i divieti imposti dalla norma (vietata la cessione di stupefacenti)	SI (1)	NO (4)	NA
USO DI MEDICINALI VETERINARI (Dlvo 193/2006)			
Sono presenti sostanze farmacologicamente attive	SI(4)	NO(1)	
Prescrizione di farmaci in deroga	SI(4)	NO(1)	
I medicinali in deroga sono utilizzati al solo fine di evitare all'animale evidenti stati di sofferenza	SI (1)	NO(4)	NA
Registrazione dei trattamenti in deroga	SI (1)	NO(4)	NA
Segnalazioni di eventuali effetti collaterali e di sospette diminuzioni di efficacia			
E' presente un sistema di registrazione e smaltimento dei farmaci scaduti o inutilizzati	SI (1)	NO(4)	
Sistema di smaltimento adottato per farmaci scaduti o inutilizzati			
N° di ricette RTC (non di scorta) negli ultimi 12 mesi			

TEAM LEADER

Sig./Dr qualifica Firma.....

AUDITOR

Sig./Dr qualifica..... Firma.....

Eventuale documentazione acquisita

.....

Eventuali annotazioni

.....

.....
.....
.....
LEGALE RAPPRESENTANTE

Sig./Dr qualifica Firma.....

eventuali dichiarazioni

Località data []/[]/[]

GIUDIZIO COMPLESSIVO	IN REGOLA	PRESCRIZIONI	IN INFRAZIONE
----------------------	-----------	--------------	---------------

PRESCRIZIONI / NOTE CONCLUSIVE

.....
.....
.....
.....
.....
TEMPI DI ADEGUAMENTO: _____

RISCHIO: BASSO (<30) MEDIO (30-90) ALTO (>90)

Legenda:

- NA (Non applicabile):** il requisito non è applicabile a quello specifico operatore sui cui si esegue il controllo;
- SI** (maiuscolo): nel caso in cui un requisito sia completamente rispettato;
- si** (minuscolo): nel caso in cui un requisito sia sostanzialmente rispettato, ma sia possibile ancora un miglioramento da parte dell'operatore;
- no** (minuscolo): requisito non conforme anche se parzialmente soddisfatto;
- NO** (maiuscolo): requisito completamente non rispettato.

Chiarimenti per la determinazione della classe di rischio :

Il **punteggio totale** è ottenuto sommando il **punteggio base** (somma dei punteggi parziali relativi a ciascuna voce presente nella lista di riscontro) e il **punteggio AGGIUNTIVO**, ricavato :

- in relazione al rischio inerente la presenza di non conformità pregresse (Tabella 1)

Tabella 1

Tipologia di non conformità	Punteggio aggiuntivo
Prescrizione	10
Sanzione amministrativa	20
Denuncia all'autorità giudiziaria	30

**CHECK LIST FARMACOSORVEGLIANZA PRESSO IMPIANTI DI PRODUZIONE MANGIMI
MEDICATI E PRODOTTI INTERMEDI**

STABILIMENTO:.....

SEDE:.....

LEGALE RAPPRESENTANTE:.....

N. RICONOSCIMENTO:.....

ESTREMI AUTORIZZAZIONE PRODUZIONE MANGIMI MEDICATI E PRODOTTI

INTERMEDI.....

In data.....il/i sottoscritto/i.....
.....cell:.....

appartenente/i al.....

alla presenza di.....

Nato a.....() il.....e residente in.....

.....in qualità di.....

.....hanno eseguito le seguenti verifiche di
farmacosorveglianza:

1. PREMISCELE MEDICATE

<ul style="list-style-type: none"> le premiscele medicate sono conservate nel locale dedicato - (chiudibile)..... 	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> eventuali sacchi aperti di premiscele e/o additivi depositati nel locale di produzione, sono posizionati in appositi contenitori identificati..... 	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

2. LOCALE DI PRODUZIONE MANGIMI MEDICATI / PRODOTTI INTERMEDI

<ul style="list-style-type: none"> si producono: mangimi medicati <input type="checkbox"/> prodotti intermedi <input type="checkbox"/> 		
<ul style="list-style-type: none"> le premiscele medicate sono dosate mediante..... 		
<ul style="list-style-type: none"> l'aggiunta delle premiscele medicate avviene mediante..... 		
<ul style="list-style-type: none"> l'addetto alla pesa ed all'incorporazione delle premiscele medicate dispone dei necessari dispositivi di protezione individuale (DPI)..... 	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> le suddette operazioni avvengono sotto cappa di aspirazione..... 	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> linea di produzione unica <input type="checkbox"/> linea di produzione dedicata <input type="checkbox"/> 		
<ul style="list-style-type: none"> il mangime medicato viene prodotto : alla rinfusa <input type="checkbox"/> in sacchi <input type="checkbox"/> 		
<ul style="list-style-type: none"> la pulizia dell'impianto dopo la produzione dei mangimi medicati avviene mediante..... 		
<p>i prodotti di lavaggio o le polveri, in caso di utilizzo di sistemi pneumatici, vengono destinati a...(prodotti scopa).....</p>		
<p>le miscelate successive alla produzione dei medicati sono destinate a.....</p>		

<ul style="list-style-type: none"> sono state effettuate prove analitiche per la verifica della validità del sistema di “lavaggio” della linea di produzione..... 	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

3. PRODOTTI FINITI

<ul style="list-style-type: none"> in caso di produzione di prodotti intermedi e mangimi medicati in sacchi /confezioni, queste sono stoccate nell’ apposito locale, chiudibile e debitamente identificato..... 	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> in caso di produzione di prodotti intermedi e mangimi medicati alla rinfusa il/i silos di stoccaggio sono opportunamente identificati e dedicati..... 	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> l’etichettatura dei mangimi medicati e dei prodotti intermedi risulta conforme 	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> in caso di mangimi medicati consegnati alla rinfusa esiste un mezzo di trasporto dedicato 	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> in alternativa, il mezzo di trasporto viene sottoposto a pulizia prima del carico successivo..... 	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

4. REGISTRAZIONI

<ul style="list-style-type: none"> documento che individua il laureato responsabile della produzione dei mangimi medicati (D.Lgs 16.11.93 – D M 19-10-99) 	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> il registro delle produzioni, previsto ex. D. Lgs 90/93 viene correttamente e costantemente compilato 	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> copia della prescrizione veterinaria viene inoltrata alla ASL competente entro 7 giorni dalla prima consegna del mangime 	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> esiste un laboratorio interno o una convenzione con un laboratorio esterno autorizzato ai sensi dell’art.11 del DM 16-11-93, per le analisi quali-quantitative sui mangimi medicati e prodotti intermedi 	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> il registro delle prove analitiche, previsto ex. D. M 16-11-99, viene correttamente e costantemente compilato 	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> si effettua almeno un controllo al giorno per almeno una delle sostanze medicamentose impiegate..... 	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> i controlli accertano la corrispondenza delle concentrazioni teoriche con quelle effettive..... 	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

5. PRODUZIONI MANGIMI MEDICATI IN DEROGA

<ul style="list-style-type: none"> è prevista nel manuale delle buone pratiche di fabbricazione una procedura di registrazione dei mangimi medicati in deroga 	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> le prescrizioni rispettano il principio della cascata 	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> nelle prescrizioni i tempi di sospensione e le indicazioni obbligatorie (es. mangime in deroga) sono riportate correttamente 	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> le premiscele utilizzate risultano conformi per tipo (incompatibilità) e per numero massimo di associazioni consentite 	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

• l'etichettatura dei mangimi in deroga risulta conforme	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• è prevista nel manuale di autocontrollo una procedura per la tracciabilità e rintracciabilità dei mangimi medicati in deroga	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• è prevista e adottata la raccolta separata delle prescrizioni veterinarie in deroga	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• numero totale prescrizioni veterinarie in deroga negli ultimi 12 mesi	n.....	
• di cui; destinate alla specie:	bovina: n.....%..... suina: n.....%..... avicola: n.....%..... ovi-caprina: n.....%..... cunicola: n.....%..... equina : n.....%..... ittica: n.....%..... apis: n.....%.....	
• esito delle verifiche: favorevole	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
sfavorevole	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
favorevole condizionato	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

OSSERVAZIONI.....

- Riscontrati estremi di reato SI NO
- Irrogate sanzioni SI NO
- Operati sequestri SI NO
- Prescrizioni SI NO
- Acquisizione documenti SI NO
- Prelevati campioni SI NO

Osservazioni della ditta.....

_____, li _____

Presente/i al sopralluogo

.....

.....

Il/I Veterinario/i Ufficiale/i

.....

.....